

NOM / Prénom ..... Date de naissance.....

## STATUT PARTICULIER

Patient :  Mineur -  Majeur protégé, mesure de protection : .....

*En cas de tutelle, la mesure de protection prévoit-elle que le patient peut consentir seul personnellement aux soins qui doivent lui être prodigués ?*  Oui  Non

Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice : .....

## DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir est la personne qui s'occupera de vous administrativement (fournir des renseignements, rapporter vos effets personnels, contacter votre famille...).

NOM / Prénom : .....

Téléphone : ..... Lien avec la personne (parent, proche, ...) : .....

Adresse : .....

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

*Les personnes mineures et sous tutelle ne sont pas concernées par la désignation d'une personne de confiance.*

La personne de confiance :

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation, pour laquelle je devrai m'assurer de son accord.

**Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.**

Je souhaite désigner une personne de confiance :  Oui  Non

Je désigne NOM / Prénom .....

adresse, .....

Téléphone : ..... Lien avec la personne (parent, proche, ...) : .....

E-mail : .....

## ~~DEPOT D'ARGENT OU D'OBJETS DE VALEUR~~

~~A renseigner au moment de l'admission, en cochant la case concernant votre choix :~~

~~Je déclare avoir été invité(e) à déposer au coffre de la clinique mes valeurs ou objets précieux et m'y refuser de mon plein gré, dégageant ainsi la responsabilité de l'établissement.~~

~~Je déclare avoir déposé des valeurs ou objets précieux au coffre de la clinique (objets accessibles au patient pendant toute la durée de son séjour).~~

Fait à ..... Le .....

Signature